

**CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROBABILIDAD DE  
CONTRAER EL CORONAVIRUS EN TRABAJADORES DEL  
SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN**

**SEVERICHE MORA MARIA MARGARITA  
VILLANUEVA VARGAS JOHANNY RAIZA  
YEPES CONSUEGRA KATERINE ANDREA  
SANJUAN PUGLIESSE DUBYS ESTHER**

**Profesores Tutores**

**MARTHA MENDINUETA MARTÍNEZ**

**ERIKA PALACIO DURAN**

**YANETH HERAZO BELTRÁN**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
Barranquilla, 2021**

## AGRADECIMIENTOS

El agradecimiento de este proyecto va dirigido principalmente a Dios, ya que sin su bendición no fuese posible llegar hasta donde hemos llegado, a nuestros docentes, por su paciencia, esmero y conocimientos aportados, a las personas más importantes en nuestras vidas, esposos, hijas/os, padres, que día a día nos impulsaron a seguir adelante, nos apoyaron y nos brindaron siempre su comprensión y amor y a nuestros compañeros de clase por los aportes realizados en cada encuentro remoto.

## TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	2
RESUMEN .....	4
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	5
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 GENERAL.....	9
2.2 ESPECÍFICOS .....	9
3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE.....	10
3.1. Modelo de Creencias en Salud .....	10
3.2. Constructos del Modelo de Creencias en Salud .....	11
3.3. COVID 19.....	14
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	17
4.1. Tipo de Estudio .....	17
4.2. Delimitación Espacial y Temporal .....	17
4.3. Población de Estudio. Muestra y Muestreo .....	17
4.4. Variables de estudio.....	17
4.5. Fuentes .....	20
4.6. Plan de recolección de datos .....	20
4.7. Aspectos éticos: .....	21
4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos. ....	21
5. RESULTADOS .....	22
6. DISCUSIÓN.....	35
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
8. BIBLIOGRAFÍA.....	40
ANEXOS .....	45

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores del sector de la construcción.

**Materiales y Métodos:** Para la elaboración de este estudio, se realizó un análisis cuantitativo, en el que se tuvo en cuenta, el sector laboral de los encuestados, edad, sexo, estado civil, susceptibilidad percibida en relación con el COVID-19 entre otros. La realización de este estudio se realizó por medio remoto, debido a la emergencia sanitaria por la que estamos atravesando.

**Resultados:** Se encontró que al evaluar la percepción y creencia de la probabilidad de contraer el Covid-19 en el sector de la construcción el susceptibilidad y severidad percibida de contagio y es moderado a débil, respectivamente, en cuanto a los beneficios y las barreras percibidas es débil en su gran mayoría y con respecto a la motivación en salud gran parte de los encuestados respondieron que teniendo los cuidados necesarios la probabilidad de contraer el coronavirus es débil

**Conclusión:** El presente estudio muestra a través de cuatro macro variables las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores del sector de la construcción

**Palabras clave:** COVID-19; percepción; creencia; contagio; riesgo

## 1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El COVID-19, fue declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud el 11 de marzo de 2020, lo que conllevó a tomar medidas como el aislamiento y/o distanciamiento social con el fin de reducir la trasmisión del virus y evitar que personas sanas entren en contacto con personas infectadas (1). La enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, las personas infectadas experimentan una enfermedad respiratoria de leve a moderada y se pueden recuperar sin necesidad de un tratamiento especial; aunque, las personas mayores o con problemas médicos subyacentes como enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer tienen más probabilidades de desarrollar enfermedades graves o de morir (2). Se han observado 135.646.617 casos confirmados de COVID-19 y 2,930,732 muertes a nivel mundial, en Colombia son 2.518.715 casos confirmados y 65.608 muertes (3).

El virus COVID-19 se propaga principalmente a través de gotitas de saliva o secreciones nasales cuando una persona infectada tose o estornuda, por lo que es necesario el cumplimiento de medidas claves como son el distanciamiento social, el uso de tapabocas o mascarilla facial, el lavado de manos y evitar sitios con baja circulación de aire (4). En este escenario el afrontamiento de esta problemática que afecta a nivel mundial es importante y clave para sobrellevar y aprender a desarrollar diferentes estrategias que permitan a las personas mantener rutinas tanto físicas como mentales para así prevenir el contagio y exposición al virus (1).

Entre las reacciones emocionales a esta situación está el miedo ante los diversos riesgos que podrían causar problemas a la salud e incluso la muerte, sentimiento que evita la exposición lo que puede resultar peligroso, desencadenando comportamientos de seguridad como la

adopción de las medidas de prevención necesarias como lavado de manos, uso de tapabocas y distanciamiento social (5). Lo contrario a la percepción de peligro ante una situación de riesgo es cuando el miedo es insuficiente y se ignoran los riesgos y las medidas preventivas recomendadas (6). La gestión de una crisis comienza con la percepción del riesgo y la adopción de medidas para reducir ese riesgo y prevenir todos los aspectos de la crisis; el riesgo de una pandemia mundial ha aumentado en los últimos tiempos, pero la percepción de ese riesgo no se ha ajustado a la realidad, lo cual inquieta porque una buena percepción del riesgo contribuye a asumir con responsabilidad todos los protocolos para evitar el contagio (7).

Esta situación compleja a causa de la emergencia sanitaria ha colocado una carga adicional sobre los gobiernos y las autoridades de salud, y es la implementación de medidas que generen conciencia para que la población tenga acertadas percepciones del riesgo para la salud, sin embargo, muchas personas no acatan estas guías; los grupos de mayor edad, las mujeres y los que trabajan de manera presencial, se perciben más vulnerables a la enfermedad, también consideran que las medidas adoptadas por el gobierno, como el distanciamiento social, cuarentena, entre otros, no son suficientes y apoyan medidas más estrictas de salud pública (8). La percepción de riesgo de COVID-19 varía entre profesionales de la salud portugueses y la población en general, el 54,9% del personal de la salud creían que había una alta probabilidad de infectarse en contraste con el 24% de la población; en cuanto al aislamiento preventivo una mayoría significativa de ambos grupos confía en su efectividad para controlar este virus (9).

Uno de los factores que pueden influir en la baja o alta percepción de riesgo de las personas y el nivel de aceptación de las medidas de mitigación son los medios de comunicación, la difusión de noticias falsas e información engañosa puede resultar en una percepción incorrecta del riesgo (10). Se han reportado percepciones erróneas sobre el virus, entre ellas, la sobrestimación de la probabilidad de muerte en las personas contagiadas, un nivel alto riesgo de muerte por COVID-19 en los niños, la creencia que el solo uso de mascarillas bastaba para

evitar el contagio, hacer lavados en la nariz con solución salina y tomar antibióticos eran métodos efectivos para prevenir el contagio (11). En Colombia encontró que el 15% de los participantes informaron un alto estrés percibido asociado con COVID-19, el cual se relacionó con las estrategias inconsistentes percibidas adoptadas por las autoridades de salud en vista de las recomendaciones científicamente verificadas (12).

Todos estos estudios reflejan que la percepción de riesgo para la salud que genera el coronavirus varía según los diferentes aspectos sociodemográficos, lo que genera el aumento de creencias erróneas y desinformación que conlleva a un probable aumento de los casos de COVID-19, por ello, el grupo de estudiantes de la Especialización en Seguridad y Salud en el trabajo se plantean el siguiente interrogante ¿Cuáles son las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores del sector de la construcción?.

Actualmente, el mundo se encuentra en una situación compleja a causa de la emergencia sanitaria que ha causado la enfermedad del coronavirus (COVID-19), que ha evolucionado rápidamente convirtiéndose en una pandemia (13), por ello, estudiar las percepciones del riesgo a contagiarse por COVID 19 de las personas

es importante porque no ha sido investigado en la región caribe colombiana y por tanto, proporciona nueva información sobre las respuestas de la población trabajadora a la cuarentena y que deben ser consideradas por las autoridades sanitarias para mejorar los canales de comunicación con el público general disminuyendo los efectos psicosociales de la pandemia.

Este proyecto permitirá obtener datos objetivos sobre las percepciones de riesgo de los trabajadores durante la cuarentena para comparar con información de otras regiones de Colombia u otros países. Se espera que este proyecto aporte un diagnóstico de la situación de salud de los colombianos para futuras políticas públicas y para que las empresas contribuyan.

mediante programas de educación para la salud a mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas saludables de sus colaboradores. Lo anterior redundará en menores tasas de contagio porque en la medida en que la personas asuman el autocuidado según las recomendaciones actuales, el beneficio es colectivo. El proyecto contó con recursos económicos para sustentar los gastos necesarios para el desarrollo adecuado y óptimo de la investigación, y de esta manera, se pudo obtener una información de calidad que permita tomar mejores decisiones. Al mismo tiempo, se contó con el recurso humano para las tutorías temática y metodológicas necesarias para el desarrollo del estudio, adicional a esto, para desarrollar el tema de la investigación se tuvo acceso a información científica relevante y actualizada a través de las bases de datos que aporta la Universidad Simón Bolívar. Igualmente, la investigación contó con la buena actitud de los sujetos de estudio, facilitando el trabajo de los investigadores.

## 2.0 OBJETIVOS

### 2.1 GENERAL

Determinar las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus en trabajadores del sector de la construcción.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar las características sociodemográficas, laborales y de salud de los trabajadores.
- Determinar la susceptibilidad percibida sobre la probabilidad de infección por coronavirus en los sujetos de estudio.
- Establecer la severidad percibida por los trabajadores con respecto al proceso de la enfermedad y la intensidad de los síntomas.
- Describir los beneficios percibidos por los trabajadores por la efectividad de los mecanismos adoptados para prevenir la infección.
- Identificar las barreras percibidas de los trabajadores para respetar las normas y instrucciones para proteger y evitar la infección por coronavirus.
- Establecer la motivación de los trabajadores hacia acciones para mejorar la salud.

### 3. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

#### 3.1. Modelo de Creencias en Salud

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) postula que los mensajes lograrán un cambio de comportamiento óptimo si se dirigen con éxito a la percepción de barreras, beneficios, autoeficacia y de amenaza; se basa en seis constructos predicen el comportamiento de salud: riesgo de susceptibilidad, gravedad del riesgo, beneficios para la acción, barreras para la acción, autoeficacia y señales para la acción (14). Teoriza que las creencias de las personas tienen sobre si están en riesgo de contraer una enfermedad o problema de salud, y sus percepciones de los beneficios de tomar medidas para evitarlo, influyen en su disposición a actuar (15). El MCS fue desarrollado en la década de 1950 por psicólogos sociales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos para explicar el fracaso generalizado de las personas para participar en programas para prevenir y detectar enfermedades y posteriormente, el modelo se amplió para estudiar las respuestas de las personas a los síntomas y sus comportamientos en respuesta a una enfermedad diagnosticada, en particular la adherencia a los regímenes médicos (16).

El MCS se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud y las creencias que las personas tienen sobre los síntomas de enfermedades diagnosticadas; la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas (17). Dentro del contexto de la salud este comportamiento depende de dos variables: el deseo de evitar enfermarse y la creencia de que una acción saludable evitará que el individuo se enferme (18). El MCS se basa en una perspectiva socio cognitiva

para explicar el fracaso de algunas personas en el uso de conductas preventivas de salud para la detección temprana de enfermedades, la respuesta del paciente a los síntomas y la atención médica; la teoría plantea la hipótesis de que es probable que las personas adopten una determinada conducta relacionada con la salud en la medida en que

perciban que podrían contraer la enfermedad o ser susceptibles al problema; creen que el problema tiene consecuencias graves o interferirá con su funcionamiento diario; cree que la intervención o acción preventiva será eficaz para reducir los síntomas; y percibir pocas barreras para emprender acciones (19).

El MCS se ha usado en una variedad de entornos de salud pública, entre ellos, ayudar a aumentar las tasas de detección voluntaria del cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, para dejar de fumar, uso de anticonceptivos, cuidado dental y alimentación saludable; la capacidad del modelo para explicar y predecir una variedad de comportamientos relacionados con la salud se ha validado en varios dominios y entre poblaciones de amplio rango, igualmente, para diseñar muchas intervenciones de salud exitosas (20).

### **Constructos del Modelo de Creencias en Salud**

Los cinco componentes principales del modelo la susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios y barreras percibidos y señales para la acción son el núcleo para las intervenciones que intentan reducir los factores de riesgo para diferentes enfermedades (15, 16).

**Susceptibilidad percibida:** La susceptibilidad percibida se refiere a las creencias sobre la probabilidad de contraer una enfermedad o afección. Hace referencia a la

probabilidad de que un individuo le asigne a la vulnerabilidad al desarrollo de una condición de salud, es decir, es la creencia subjetiva que una persona tiene respecto a la probabilidad de adquirir una enfermedad o estado dañino como resultado de un comportamiento particular. La susceptibilidad percibida explica que las personas estarán más motivadas para comportarse de manera saludable si creen que son vulnerables a un determinado resultado de salud negativo. La percepción

personal de riesgo o vulnerabilidad es importante en la promoción de la adopción de comportamientos o conductas que reduzcan el riesgo, en otras palabras, la susceptibilidad percibida es predictiva de una serie de acciones para fomentar la salud (20).

**Severidad percibida:** Los sentimientos sobre la gravedad de contraer una enfermedad o de dejarla sin tratar incluyen evaluaciones de las consecuencias médicas y clínicas (por ejemplo, muerte, discapacidad y dolor) y posibles consecuencias sociales (como los efectos de las condiciones en el trabajo, la vida familiar y relaciones sociales). La severidad percibida se refiere a qué tan graves cree un individuo que serán las consecuencias de desarrollar la condición de salud, se trata de la creencia subjetiva de un individuo en el alcance del daño que puede causar la adquisición de la enfermedad o el estado insalubre, como resultado de un comportamiento particular. Es más probable que un individuo tome una acción para prevenir la enfermedad si cree en los posibles efectos negativos fisiológicos, psicológicos y sociales que resultan de enfermarse, aunque, si el resultado de salud indeseable no tiene un gran impacto en la vida del individuo, no estará motivado para actuar para evitarlo incluso cuando esté en riesgo (21).

**Beneficios percibidos:** creencias de la persona con respecto a los beneficios percibidos de las diversas acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad. Otras percepciones no relacionadas con la salud, como los ahorros

financieros relacionados o complacer a un miembro de la familia, también pueden influir en las decisiones de comportamiento (16). Otros autores la definen como la opinión subjetiva de un individuo sobre el valor o la utilidad de realizar un comportamiento de salud para compensar la amenaza percibida; el beneficio percibido motiva a tomar medidas para cambiar el comportamiento con la creencia de que el comportamiento de precaución prevendrá efectivamente la condición y proporcionará importantes beneficios positivos (22).

**Barreras percibidas:** aspectos negativos de una acción de salud en particular que pueden actuar como impedimentos para emprender los comportamientos recomendados. se refiere a la evaluación subjetiva de un individuo de las dificultades o los obstáculos asociados con la conducta objetivo. Las personas no realizan un comportamiento a pesar de su creencia sobre su beneficio de tomar la acción para reducir la amenaza si la barrera supera el beneficio; la barrera a menudo se relaciona con las características de la medida de promoción de la salud, por ejemplo, puede resultar caro, doloroso, inconveniente y desagradable, las cuales alejan a la persona de adoptar el comportamiento adecuado (23).

**Señales para la acción:** factores para instigar la acción, como eventos corporales, o eventos ambientales, como publicidad en los medios. Indica un desencadenante de la conducta de salud cuando se mantienen las creencias adecuadas, las señales para la acción podrían incluir señales externas como una campaña en los medios de comunicación, influencia social o señales internas como un cambio negativo en el estado corporal o la percepción de los síntomas. De manera más general, las señales para la acción pueden ser eventos, personas o cosas que incitan a las personas a cambiar su comportamiento (23).

**La autoeficacia:** Es un término que se utiliza para describir la creencia de un individuo sobre su capacidad para realizar el comportamiento en cuestión (24). Las creencias de autoeficacia determinan cómo las personas se sienten, piensan, se motivan y se comportan. Tales creencias producen estos diversos efectos a través de cuatro procesos principales que incluyen procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de selección.

### 3.2. COVID 19

A finales de 2019, se presentó en la ciudad de Wuhan en China varios casos de neumonía; el nuevo coronavirus responsable de este brote se denominó SARS-CoV-2 y la enfermedad que

causa el virus se le llamó COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019); el contagio se produce de persona a personas y las tasas de letalidad inicialmente oscilaron entre el 2,5% y el 3%, 4,5 lo que provocó una respuesta global (25). Lo anterior, motivó la implementación de una serie de medidas para la mitigación del contagio, entre ellas el aislamiento social obligando que las personas permanezcan en sus hogares el mayor tiempo posible y eviten las reuniones y aglomeraciones, asimismo, el lavado de manos, el distanciamiento social al menos entre 1 y 2 m de distancia de los demás y el uso de tapabocas permanente (2). La COVID-19 se caracteriza por fiebre alta, dificultad para respirar, tos seca y neumonía atípica y generalmente se confirma mediante una prueba de ARN positiva o una tomografía computarizada de los pulmones, también se observa la pérdida súbita del olfato y el gusto, en casos graves se produce el síndrome de dificultad respiratoria aguda, sepsis y choque séptico que conduce a alrededor del 3% de los infectados a la muerte (26).

Además, se observaron dolor de cabeza, mareos, debilidad generalizada, vómitos y diarrea; se reconoce que los síntomas respiratorios de COVID-19 son heterogéneos, que van desde síntomas mínimos hasta una hipoxia significativa con síndrome de distres respiratorio agudo, que puede aparecer en tiempos tan cortos como 9 días, lo que sugiere que los síntomas respiratorios podrían progresar rápidamente; la mortalidad es mayor en la población de adultos mayores y la incidencia es mucho menor en los niños (27). La infección por COVID-19 produce diversos síntomas y morbilidad según la genética, el origen étnico, la edad y la ubicación geográfica individual; la fisiopatología de COVID-19 incluye destrucción de células epiteliales pulmonares, trombosis, hipercoagulación y fuga vascular que conduce a sepsis. Estos eventos conducen al síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y la consiguiente fibrosis pulmonar en los pacientes. Los factores de riesgo de COVID-19 incluyen enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes (28).

La infección puede transmitirse por portadores asintomáticos, pre sintomáticos y sintomáticos y el tiempo promedio desde la exposición hasta el inicio de los síntomas es de 5 días, el 97,5% de las personas que desarrollan síntomas lo hacen en 11,5 días (29). Entre las medidas de salud pública para controlar la epidemia por COVID 19 está la contención comunitaria que va desde el aumento del distanciamiento social hasta la cuarentena en toda la comunidad (30). Diversas comunidades han respondido positivamente a las intervenciones obligatorias de salud pública implementadas a nivel nacional, actitud que genera un mayor conocimiento y una mejor conciencia de los riesgos relacionados con la pandemia COVID-19 y la consecuente necesidad de un comportamiento seguro y responsable (31).

El MCS se ha utilizado para comprender los comportamientos de salud del público durante la pandemia, ayudando a determinar las percepciones del público hacia el distanciamiento físico y demás medidas de contención, utilizando las cuatro construcciones clave del modelo; la información de las noticias y los informes de los medios, las acciones de políticas gubernamentales y los comentarios del público durante el brote, alteran el comportamiento de un individuo en cuanto a las barreras, los beneficios, la autoeficacia y la amenaza percibidos (32). Los autores explican que la percepción de susceptibilidad es el factor más importante para influir en el cumplimiento del uso de la máscara y para aumentar esta susceptibilidad se deberían incrementar los procesos de educación sobre las infecciones respiratorias, lo cual ayuda a aumentar los beneficios percibidos por el público, que luego también pueden contribuir a aumentar el cumplimiento del uso de mascarillas (33).

#### **4.1. Tipo de Estudio**

Esta investigación utilizó un enfoque cuantitativo y el tipo de estudio fue descriptivo transversal porque en un momento dado se evaluaron las variables de estudio.

#### **4.2. Delimitación Espacial y Temporal**

Esta investigación se realizó en personas que residen en la costa caribe colombiana, durante el periodo de marzo y abril de 2021.

#### **4.3. Población de Estudio. Muestra y Muestreo**

La población total de estudio está constituida por todos los trabajadores de empresas del sector económico de construcción de la ciudad de Barranquilla. Participaron 116 personas mayores de 18 años y se excluyen las personas con discapacidad auditiva y visual.

#### **4.4. Variables de estudio**

Tabla 1. Operacionalización de variables

MACROVARIABLES	VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
Sociodemográficas	Sexo	Condición biológica que diferencia a los hombres de las mujeres	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculina
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos
	Estrato Socioeconómico	Clasificación en estratos de los inmuebles residenciales que deben recibir servicios públicos, para el cobro diferencial, es decir, para asignar subsidios y cobrar sobrecostos o contribuciones.	Cualitativa	Ordinal	Estrato 1 Estrato 2 Estrato 3 Estrato 4 Estrato 5 Estrato 6
	Estado Civil	Situación conyugal	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Divorciado Unión Libre Viudo
	Nivel Educativo	Conjunto de grados que un padre siguió en un establecimiento académico	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Técnica Tecnológica Profesional Postgrado
Laborales	Jornada laboral	Tiempo que cada trabajador dedica a la ejecución del trabajo para la cual fue contratado.	Cualitativa	Nominal	Diurna Nocturna

	Antigüedad en el trabajo	Duración del empleo o servicio prestado por parte de un trabajador	Cualitativa	Ordinal	Menos de 1 año Entre 1 y 5 años Más de 5 años
	Horas laboradas por día	Número total de horas efectivamente trabajadas en 1 día	Cualitativa	Ordinal	Menos de 8 horas 8 horas Más de 8 horas
Antecedentes de salud	Diagnóstico de COVID 19	Diagnóstico médico luego de la técnica de laboratorio reacción en cadena de la polimerasa (PCR)	Cualitativa	Nominal	Si No
Creencias en salud	Susceptibilidad percibida	Conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Severidad percibida	Creencia sobre cómo se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Beneficios percibidos	Eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Barreras percibidas	Dificultades para respetar las reglas / instrucciones de prevención	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado Fuerte Máximo
	Motivación para la salud	Problemas generales de salud que se	Cualitativa	Ordinal	Nada en absoluto Débil Moderado

		adoptan para mejorar la salud (dieta, ejercicio, etc.)			Fuerte Máximo
--	--	--	--	--	------------------

#### 4.5. Fuentes

En esta investigación se usaron fuentes primarias porque la información se obtuvo de forma directa de los trabajadores que hicieron parte de la población de estudio.

#### 4.6. Plan de recolección de datos

El cuestionario que incluyó cada uno de los instrumentos de medición de las variables de estudio, se aplicó vía correo electrónico. Previo a la aplicación de los instrumentos de evaluación, se solicitó el consentimiento informado. El acercamiento a los individuos se realizó a través de la oficina de Talento Humano de cada empresa.

La encuesta contiene preguntas sobre las características sociodemográficas de los sujetos tales como: rango de edad del que responde, sexo, edad, nivel educativo, y estrato socioeconómico. Igualmente, se indagó por las características laborales: jornada laboral, antigüedad en el trabajo y horas laboradas por día. Se usó el MCS para explorar cuatro dimensiones: Susceptibilidad percibida, Severidad percibida, Beneficios y Barreras percibidas; el cuestionario constaba de 24 preguntas, cada categoría contenía cinco (5) ítems, más cuatro preguntas adicionales sobre comportamientos y actitudes dirigidas a mejorar la salud general, dimensión denominada Motivación para la salud. El cuestionario utilizó la Escala de Borg de 0-100 y las respuestas a cada pregunta fueron Nada en absoluto, Débil, Moderado, Fuerte y Máximo (34).

**4.7. Aspectos éticos:**

De acuerdo con la Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993 y su Artículo 11, la presente investigación es considerada sin riesgo porque las técnicas y métodos de investigación utilizados fueron entrevistas y cuestionarios, los cuales no representaron daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

**4.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.**

El procesamiento de los datos y análisis de la información se realizó mediante el paquete estadístico el software SPSS versión 24.0 (licencia Universidad Simón Bolívar). Las variables categóricas se analizan mediante frecuencias absolutas y porcentajes y las cuantitativas medias y desviación estándar.

**5. RESULTADOS**

La **tabla 2**, evidencia que el **51,7%** de los participantes fueron de sexo masculino. En cuanto al rango de edad, el **75,9 %** están entre los 27 a 59 años; En relación con el estrato socioeconómico, el porcentaje fue del **87,1%** correspondiente a estrato bajo; Sólo el **87,1%** de los sujetos encuestados se encuentran sin pareja; Según las características de los participantes, el **19,8 %** presenta un nivel educativo bajo.

*TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.*

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SEXO</b>		
Femenino	56	48,3
Masculino	60	51,7
<b>RANGO DE EDAD</b>		
18 a 26 años	27	23,3
27 a 59 años	88	75,9
Mayor de 60 años	1	0,9
<b>ESTRATO SOCIOECONÓMICO</b>		
Estrato bajo	101	87,1
Estrato alto	15	12,9
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Con pareja	70	60,3
Sin pareja	46	39,7
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Nivel bajo	23	19,8
Nivel alto	93	80,2

En la **tabla 2**, se observa que, sólo el **5,2%** de los encuestados laboran en jornada nocturna; Según las características concernientes a las horas laboradas de los participantes, se evidenció que el **17,2%** labora más de 8 horas diarias; En relación con la antigüedad en el trabajo, el **53,4 %** de los sujetos, cuentan entre 1 y 5 años laborados en la empresa.

*TABLA 3. CARACTERÍSTICAS LABORALES DE LOS SUJETOS DE ESTUDIO.*

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>JORNADA LABORAL</b>		
Diurna	110	94,8
Nocturna	6	5,2
<b>HORAS LABORADAS AL DÍA</b>		
Menos de 8 horas	4	3,4
8 horas	92	79,3
Más de 8 horas	20	17,2
<b>ANTIGÜEDAD EN EL TRABAJO</b>		
Menos de 1 año	14	12,1
Entre 1 y 5 años	62	53,4
Más de 5 años	40	34,5

Teniendo en cuenta la siguiente **tabla Nro. 4**, se observa que del total de 116 encuestados, un **88,8%** NO presenta antecedentes de salud y diagnóstico de COVID 19, correspondiente a **103** participantes, y un **11,2%** SI presenta antecedentes de salud y diagnóstico de COVID 19, con una frecuencia de **13** participantes.

**Tabla 4. Antecedentes de salud y diagnóstico de COVID 19**

COVID 19	FRECUENCIA	PORCENTAJE
No	103	88,8
Si	13	11,2

Se observa en la **tabla Nro. 5** la susceptibilidad percibida, al analizar un **34,5% de los encuestados aprecia que el** riesgo que se corre de contraer el coronavirus en su rutina diaria, es **MODERADO**, según los encuestados el **49,1%** opina que su exposición a grupos de riesgo (multitudes o pacientes) es **DÉBIL** con una frecuencia de **57** participantes, la mayoría de personas con un **72,4%** percibe que el riesgo de exposición a lugares de riesgo como centros comerciales, lugares de trabajo pequeños y compartidos, aglomeraciones, transporte público, esta entre **DÉBIL Y MODERADO**, según el **52,6%** de la población encuestada su estado de salud general, la probabilidad de contraer el coronavirus es **DÉBIL**, La probabilidad de que los síntomas como fiebre por encima de 37,8 °c y dolor en el cuerpo durante 2 días sea una gripe en lugar de un coronavirus solo para el **2,6%** de los encuestados es **MAXIMO**

**Tabla 5. Susceptibilidad percibida: conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>EL RIESGO QUE CORRO DE CONTRAER EL CORONAVIRUS EN MI RUTINA DIARIA ES</b>		
Nada en absoluto	4	3,4
Débil	37	31,9
Moderado	40	34,5
Fuerte	27	23,3
Máximo	8	6,9
<b>MI EXPOSICIÓN A GRUPOS DE RIESGO (MULTITUDES O PACIENTES) ES:</b>		

Nada en absoluto	9	7,8
Débil	57	49,1
Moderado	28	24,1
Fuerte	16	13,8
Máximo	6	5,2
<b>MI EXPOSICIÓN A LUGARES DE RIESGO COMO CENTROS COMERCIALES, LUGARES DE TRABAJO PEQUEÑOS Y COMPARTIDOS, AGLOMERACIONES, TRANSPORTE PÚBLICO, ENTRE OTROS ES:</b>		
Nada en absoluto	4	3,4
Débil	55	47,4
Moderado	29	25,0
Fuerte	21	18,1
Máximo	7	6,0
<b>SEGÚN MI ESTADO DE SALUD GENERAL, MI PROBABILIDAD DE CONTRAER EL CORONAVIRUS ES:</b>		
Nada en absoluto	8	6,9
Débil	61	52,6
Moderado	31	26,7
Fuerte	12	10,3
Máximo	4	3,4
<b>LA PROBABILIDAD DE QUE LOS SÍNTOMAS DE FIEBRE POR ENCIMA DE 37,8 °C Y DOLOR EN EL CUERPO DURANTE 2 DÍAS SEA UNA GRIPE EN LUGAR DE UN CORONAVIRUS ES:</b>		

Nada en absoluto	9	7,8
Débil	49	42,2
Moderado	36	31,0
Fuerte	19	16,4
Máximo	3	2,6

La **tabla 6** muestra la severidad percibida y evidencia que un **37.1%** de personas encuestadas aprecia un riesgo débil en la intensidad de los síntomas si ya contrajo el coronavirus previamente, según los encuestados el **53.4%** cree que si ya contrajo el coronavirus, la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado es débil, un porcentaje mayor de personas el **68.1%** percibe la posibilidad entre débil y moderado de quedar muy comprometido para hacer las actividades diarias, luego de haber contraído el coronavirus, el **49.1%** de los encuestados opino que sería débil, su dificultad respiratoria si contrajeran el coronavirus, según la creencia de que la mayoría de las personas tendrán síntomas graves solo el **0.9%** opino que sería máximo.

**Tabla 6. Severidad percibida: creencia sobre cómo se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>SI CONTRAJO EL CORONAVIRUS, LA INTENSIDAD DE MIS SÍNTOMAS (DOLOR, FIEBRE, TOS Y SECRECIÓN NASAL) SERÍA:</b>		
Nada en absoluto	25	21,6
Débil	43	37,1
Moderado	26	22,4
Fuerte	21	18,1

Máximo	1	,9
<b>SI CONTRAIGO EL CORONAVIRUS, CREO QUE LA POSIBILIDAD DE TENER COMPLICACIONES GRAVES Y SER HOSPITALIZADO POR EL VIRUS CORONA ES:</b>		
Nada en absoluto	11	9,5
Débil	62	53,4
Moderado	20	17,2
Fuerte	20	17,2
Máximo	3	2,6
<b>SI CONTRAIGO EL CORONAVIRUS, LA POSIBILIDAD DE QUEDAR MUY COMPROMETIDO PARA HACER MIS ACTIVIDADES DIARIAS ES:</b>		
Nada en absoluto	11	9,5
Débil	56	48,3
Moderado	23	19,8
Fuerte	19	16,4
Máximo	7	6,0
<b>SI CONTRAIGO EL CORONAVIRUS, MI DIFICULTAD RESPIRATORIA SERÍA:</b>		
Nada en absoluto	13	11,2
Débil	57	49,1
Moderado	19	16,4
Fuerte	20	17,2

Máximo	7	6,0
<b>CREO QUE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS TENDRÁN SÍNTOMAS GRAVES ES:</b>		
Nada en absoluto	3	2,6
Débil	47	40,5
Moderado	41	35,3
Fuerte	24	20,7
Máximo	1	,9

En la **tabla 7** se evidencia que el **75.9%** de los encuestados afirman que, si se quedan en casa, la posibilidad de contraer el coronavirus es débil. Solo el **3.4%** de las personas encuestadas opinan que, si tienen síntomas leves la posibilidad de acudir al servicio de salud y tener un diagnóstico es nada en absoluto, de acuerdo a la afirmación si se toma un antigripal y antipirético, la posibilidad de prevenir la infección por Coronavirus la gran mayoría de las personas encuestadas el **72.4%** opina que la posibilidad está entre débil y moderado. En relación al uso de mascarilla o tapabocas, el **71.6%** opino que es débil el riesgo de contraer el coronavirus al caminar por la calle o el trabajo, 57 de los encuestados afirman con un **49.1%** que el riesgo de no contraer el coronavirus al lavarse las manos y usar gel de alcohol con regularidad es débil.

**Tabla 7. Beneficios percibidos: eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE

<b>SI ME QUEDO EN CASA, MIS POSIBILIDADES DE CONTRAER EL CORONAVIRUS SON:</b>		
Nada en absoluto	19	16,4
Débil	88	75,9
Moderado	6	5,2
Fuerte	2	1,7
Máximo	1	,9
<b>SI TENGO SÍNTOMAS LEVES (FIEBRE, TOS, DOLOR CORPORAL Y SECRECIÓN NASAL) LA POSIBILIDAD DE ACUDIR AL SERVICIO DE SALUD Y TENER UN DIAGNÓSTICO ES:</b>		
Nada en absoluto	4	3,4
Débil	42	36,2
Moderado	35	30,2
Fuerte	20	17,2
Máximo	15	12,9
<b>SI TOMO ANTIGRI PAL Y ANTIPIRÉTICOS, LA POSIBILIDAD DE PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL CORONAVIRUS ES:</b>		
Nada en absoluto	19	16,4
Débil	60	51,7
Moderado	24	20,7
Fuerte	9	7,8
Máximo	4	3,4
<b>SI USO UNA MASCARILLA O TAPABOCAS, EL RIESGO DE CONTRAER EL CORONAVIRUS</b>		

<b>AL CAMINAR POR LA CALLE O EN EL TRABAJO ES:</b>		
Nada en absoluto	5	4,3
Débil	83	71,6
Moderado	14	12,1
Fuerte	5	4,3
Máximo	9	7,8
<b>CREO QUE EL RIESGO DE NO CONTRAER EL CORONAVIRUS AL LAVARSE LAS MANOS Y USAR GEL DE ALCOHOL CON REGULARIDAD ES:</b>		
Nada en absoluto	4	3,4
Débil	57	49,1
Moderado	20	17,2
Fuerte	16	13,8
Máximo	19	16,4

**La tabla 8** Muestra la percepción que tuvieron los encuestados en las diversas variables de barreras percibidas, 31 de ellos con un porcentaje del **26,7%** consideran que su capacidad para trabajar desde casa o de forma remota es **débil**. De las personas entrevistadas la gran mayoría el **73.9%** opina que si trabajan en casa la posibilidad de perder el trabajo es entre moderado y máximo , 43 de los encuestados manifiestan que la posibilidad para utilizar transporte alternativo hacia y desde el trabajo en lugar del transporte público es débil y representan un **37,1%**. La posibilidad de quedarse en casa por 14 días con comida y medicina es **débil** para 36 sujetos siendo un **31%** del total de esta micro variable. De los 36

participantes manifiestan que la posibilidad de que las personas se alarmen más de lo necesario es **fuerte** representando un 31%.

**Tabla 8. Barreras percibidas: dificultades para respetar las reglas / instrucciones de prevención**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>MI CAPACIDAD PARA TRABAJAR DESDE CASA O DE FORMA REMOTA ES:</b>		
Nada en absoluto	18	15,5
Débil	31	26,7
Moderado	23	19,8
Fuerte	20	17,2
Máximo	24	20,7
<b>CREO QUE, SI TRABAJO EN CASA, LA POSIBILIDAD DE PERDER MI TRABAJO ES:</b>		
Nada en absoluto	15	12,9
Débil	42	36,2
Moderado	17	14,7
Fuerte	19	16,4
Máximo	23	19,8
<b>CREO QUE LA POSIBILIDAD DE UTILIZAR TRANSPORTE ALTERNATIVO HACIA Y DESDE MI TRABAJO EN LUGAR DEL TRANSPORTE PÚBLICO ES:</b>		
Nada en absoluto	18	15,5

Débil	43	37,1
Moderado	23	19,8
Fuerte	16	13,8
Máximo	16	13,8
<b>LA POSIBILIDAD DE QUEDARSE EN CASA SIN SALIR POR 14 DÍAS, CON COMIDA Y MEDICINAS ES:</b>		
Nada en absoluto	9	7,8
Débil	36	31,0
Moderado	34	29,3
Fuerte	16	13,8
Máximo	21	18,1
<b>LA POSIBILIDAD DE QUE LAS PERSONAS SE ALARMEN MÁS DE LO NECESARIO ES:</b>		
Nada en absoluto	1	,9
Débil	22	19
Moderado	35	30,2
Fuerte	36	31
Máximo	22	19

**En la tabla 9** se describe la variable de motivación para la salud, de todas las personas entrevistadas 34 respondieron **fuerte** para la microvariable “oportunidad de lavarse las manos a menudo disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus” en un porcentaje del 29.3 %- 53 de los encuestadas consideraron que “Si tomo un suplemento de vitamina C, el riesgo de contraer el coronavirus es **débil**” para un

porcentaje del 45.7%- Con respecto a la variable “Si uso una mascarilla todo el día, en la calle y en el trabajo, mi riesgo de contraer el coronavirus es”: contestaron que sería **débil** para el 81 de los sujetos interrogados y representan el 69,8%, 77 de los participantes manifiestan con la pregunta “Creo que, si no salgo de casa, excepto para comprar comida y medicinas, mi riesgo de no contraer el coronavirus es”: **débil** siendo un porcentaje del 66,4.

**Tabla 9. Motivación para la salud: problemas generales de salud que se adoptan para mejorar la salud (dieta, ejercicio, etc.)**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>CREO QUE LA OPORTUNIDAD DE “LAVARSE LAS MANOS A MENUDO DISMINUYE LA POSIBILIDAD DE CONTRAER EL CORONAVIRUS” ES:</b>		
Nada en absoluto	2	1,7
Débil	27	23,3
Moderado	27	23,3
Fuerte	34	29,3
Máximo	26	22,4
<b>SI TOMO UN SUPLEMENTO DE VITAMINA C, EL RIESGO DE CONTRAER EL CORONAVIRUS ES:</b>		
Nada en absoluto	9	7,8
Débil	53	45,7
Moderado	45	38,8
Fuerte	5	4,3
Máximo	4	3,4

<b>SI USO UNA MASCARILLA TODO EL DÍA, EN LA CALLE Y EN EL TRABAJO, MI RIESGO DE CONTRAER EL CORONAVIRUS ES:</b>		
Nada en absoluto	5	4,3
Débil	81	69,8
Moderado	20	17,2
Fuerte	7	6,0
Máximo	3	2,6
<b>CREO QUE, SI NO SALGO DE CASA, EXCEPTO PARA COMPRAR COMIDA Y MEDICINAS, MI RIESGO DE NO CONTRAER EL CORONAVIRUS ES:</b>		
Nada en absoluto	3	2,6
Débil	77	66,4
Moderado	24	20,7
Fuerte	7	6,0
Máximo	5	4,3

## 6. DISCUSIÓN

En la investigación realizada en el sector construcción de la costa caribe colombiana, se obtienen datos en cuanto a la probabilidad de contagiarse por coronavirus, el cual arrojó que la mayoría de los encuestados que corresponden a trabajadores de estrato socio económico bajo, perciben como débil el riesgo de contagio en su rutina diaria, y que al hacer una comparación con estudios similares realizados en otras partes del mundo, se puede observar la manera en que perciben este riesgo de contagio y la manera en que lo afrontan.

Los resultados arrojados sobre la susceptibilidad percibida en cuanto al conocimiento y creencia sobre la posibilidad de contraer coronavirus, la mayoría percibe un riesgo de débil a moderado. Un estudio realizado a un total aproximado de 1331 personas de Shiraz, Irán, muestra que el 69,1% de los participantes encuestados consideran que esta pandemia tuvo efectos muy negativos en cuanto al riesgo de contraer el coronavirus en su rutina diaria (Escuela Suiza de Salud Pública (SSP +) 2020), lo cual, en comparación con los resultados arrojados de susceptibilidad percibida y el estudio mencionado anteriormente, difiere en cuanto a esta percepción. En cuanto a la severidad percibida, el cual trata de la creencia sobre cómo se vería afectado por el proceso de la enfermedad o la intensidad de los síntomas, la mayoría de los sujetos consideran débil esta percepción. En el estudio realizado en Shiraz, Irán, sólo la mitad de esta población siente preocupación por contraer la enfermedad, esto quiere decir que ambos resultados percibidos con contrarios (Sheeran y Webb, 2020). Los resultados mostrados en cuanto a los beneficios percibidos, el cual habla acerca de la eficacia de los mecanismos adoptados para prevenir la infección, arrojó que la mayoría considera débil esta percepción, lo cual coincide con el estudio realizado a la población de

Shiraz, Irán, toda vez que la mayoría considera que el uso de la mascarilla disminuye el riesgo de contagio, sin embargo la mayoría de los encuestados al tener síntomas leves indicó que la primera acción fue acudir a un centro de salud, lo cual difiere al resultado arrojado de la investigación. Los resultados obtenidos de las barreras percibidas, en cuanto a las dificultades para respetar las reglas de prevención, consideran débil esta percepción, lo cual se puede considerar que tienen la misma percepción, en cuanto a los resultados del estudio obtenido en Shiraz, Irán.

Colombia se encuentra en estos momentos atravesando su tercera ola de contagios, lo cual la convierte en una situación angustiante para los ciudadanos; sin embargo, los datos recolectados arrojan una percepción débil en cuanto al riesgo de contagio por la COVID-19(35), es por esto, que puede considerarse como una percepción inadecuada como resultado de los débiles niveles de susceptibilidad, severidad, beneficio y barreras presentes en los participantes, se constituye una brecha para llevar a cabo las acciones de salud recomendadas por la nación para evitar los aumentos de contagio y a raíz de esto, se permita diseñar acciones de intervención para enfrentar esta problemática (36) y para que esto se lleve a cabo, es necesario sentir que este virus es un problema severo de salud que afecta y de esta manera contribuirá al inicio y mantenimiento del cambio.

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Lo expuesto a lo largo de esta investigación permite arribar a las siguientes conclusiones:

El presente estudio midió a través de cuatro macro variables las creencias y percepciones sobre la probabilidad de contraer el coronavirus (Covid-19) en trabajadores del sector de la construcción, de los resultados obtenidos, la gran mayoría de los participantes son de sexo masculino, entre los 27 a 59 años de edad, de estrato socioeconómico y nivel educativo bajo y laboran en jornada diurna de 8 horas diarias. Y solo el 11,2% presentó diagnóstico positivo de COVID -19. Se determinó que la susceptibilidad percibida sobre la probabilidad de contraer infección por coronavirus en la rutina diaria es moderada según los sujetos de estudio.

La severidad percibida por los trabajadores encuestados en relación a la intensidad de los síntomas si ya contrajo el coronavirus previamente y la posibilidad de tener complicaciones graves y ser hospitalizado es débil.

La mayoría de los encuestados percibe que si se queda en casa la posibilidad de contraer el COVID-19 es débil, En relación al uso de mascarilla o tapabocas la mayoría opina que es débil el riesgo de contraer el coronavirus al caminar por la calle o el trabajo.

Las barreras percibidas de los trabajadores encuestados para respetar las normas e instrucciones para proteger y evitar la infección por coronavirus según lo percibido en el estudio en su gran mayoría son débiles, teniendo en cuenta que el sector en estudio en su gran mayoría opina que si trabajan en casa la posibilidad de perder el

trabajo está entre moderado y máximo. Según la percepción la población encuestada se evidencia que la medida de lavarse las manos a menudo disminuye la posibilidad de contraer el coronavirus, si se toman suplementos como la vitamina c y se utiliza la mascarilla o tapabocas todo el día en la calle y en el trabajo el riesgo de contraer el coronavirus es débil.

En este sentido y teniendo en cuenta que a la mayoría de personas encuestadas al momento de dar su respuesta aún no le había dado coronavirus y que a la hora de la toma de datos no se estaba atravesando ningún pico del virus en la ciudad, características que pueden influir en la percepción del encuestado con respecto al contagio, podemos concluir que con respecto a las cuatro macro variables en las cuales se desarrolló la investigación, para el sector de la construcción la creencia y percepción de contraer el coronavirus es débil y que si se tienen los cuidados adecuados el riesgo de contraer el virus es poco probable.

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación realizada se plantean las siguientes recomendaciones:

Se debe fomentar en la población trabajadora las medidas que han demostrado mayor evidencia para la contención de la transmisión del virus como el lavado de manos, distanciamiento social y uso de tapabocas, Adicional a estas medidas y teniendo en cuenta los mecanismos de diseminación del virus (gotas y contacto), se deben fortalecer los procesos de limpieza y desinfección de elementos e insumos de uso habitual y capacitar constantemente en el adecuado uso de Elementos de Protección Personal-EPP .

Se debe promover en las empresas del sector construcción el fortalecimiento y capacitación en los procesos de limpieza y desinfección, control del aforo de personas tanto empleados, como contratistas y visitantes, ubicar avisos o

comunicaciones en los puntos donde se desarrollará actividades de la obra tendientes a incentivar medidas de prevención con respecto al contagio de COVID-19 el adecuado manejo de residuos, y la optimización de la ventilación del lugar.

A las Entidades de salud se recomienda acelerar el proceso de vacunación de toda la población, aumentar la capacidad de atención a pacientes contagiados y realizar el respectivo seguimiento de los mismo, también se debe fomentar a través de campañas de prevención el autocuidado para prevenir el contagio del coronavirus.

En referencia a la presente investigación, se recomienda realizar estudios similares utilizando el mismo tipo de investigación descriptiva que permita analizar bajo otra óptica más psicológica la percepción que tiene la población con respecto al riesgo de contagiarse de covid-19 y las secuelas que este desencadena si no se toman las medidas necesarias para evitar o disminuir su contagio.

Se recomienda incorporar participantes de otras regiones del país con el fin de identificar otras perspectivas con respecto al riesgo percibido, así mismo, se recomienda desarrollar un instrumento más específico, con criterios de clasificación más determinantes que permitan que los encuestados a los cuales se le va a aplicar el estudio tenga claro lo que se le pregunte y no se sesguen los resultados, teniendo en cuenta que a la población que va dirigido el estudio en su gran mayoría es de un estrato socioeconómico y nivel educativo bajo.

En este sentido y tomando como base las recomendaciones sugeridas, se invita a que se desarrollen futuras investigaciones que permitan reconocer en la población las diferentes percepciones con respecto a la aparición del nuevo coronavirus y las secuelas que ha dejado el mismo desde todos los ámbitos en la población y la adaptación que han tenido vivenciar de la nueva realidad.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Emerson, KG. Coping with being cooped up: Social distancing during COVID-19 among 60+ in the United States. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44: e81. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81>.
2. Organización Mundial de la Salud. *Coronavirus*. Genova; 2020
3. World Health Organization. *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. 2021.
4. Patiño-Lugo D, Vélez M, Velásquez S, Vera-Giraldo C, Vélez V, Marín I, et al. Non-pharmaceutical interventions for containment, mitigation and suppression of COVID-19 infection. *Colomb. Med*. 2020; 51(2): e4266. <https://doi.org/10.25100/cm.v51i2.4266>.
5. Valero, N; Vélez, M; Durán, A; Portillo, M. Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión? *Enferm Inv*. 2020;5(3):63-70.
6. Engelhard IM, van Uijen SL, van Seters N, Velu N. The effects of safety behavior directed towards a safety cue on perceptions of threat. *Behavior Therapy*. 2015; 46(5): 604-610. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.12.006>.
7. Medina MR. COVID-19: La no percepción del riesgo. *Más Poder Local*. 2020; 4: 34-35
8. De Coninck D, d'Haenens L, Matthijs K. Perceived vulnerability to disease and attitudes towards public health measures: COVID-19 in Flanders, Belgium. *Pers Individ Dif*. 2020; 166:110220. doi: 10.1016/j.paid.2020.110220.
9. Peres D, Monteiro J, Almeida M, Ladeira R. Risk Perception of COVID-19 Among the Portuguese Healthcare Professionals and General Population. *J Hosp Infect*. 2020;105(3):434–7. doi: 10.1016/j.jhin.2020.05.038.

10. Motta Zanin G, Gentile E, Parisi A, Spasiano D. A Preliminary Evaluation of the Public Risk Perception Related to the COVID-19 Health Emergency in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(9):3024. doi: 10.3390/ijerph17093024.
11. Geldsetzer P. Use of Rapid Online Surveys to Assess People's Perceptions During Infectious Disease Outbreaks: A Cross-sectional Survey on COVID-19. *J Med Internet Res*. 2020; 22(4): e18790. doi: 10.2196/18790.
12. Pedrozo-Pupo John Carlos, Pedrozo-Cortés María José, Campo-Arias Adalberto. Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(5): e00090520. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00090520>.
13. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19. 2020.
14. Jones CL, Jensen JD, Scherr CL, Brown NR, Christy K, Weaver J. The Health Belief Model as an explanatory framework in communication research: exploring parallel, serial, and moderated mediation. *Health Commun*. 2015;30(6):566-76. doi: 10.1080/10410236.2013.873363.
15. Glanz K, Bishop DB. The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annu Rev Public Health*. 2010; 31:399-418. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103604.
16. Champion V, Skinner C. The Health Belief Model. In: *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. Glanz K, Rimer B and K. Viswanath. 4th ed. 2008.
17. Cabrera AG, Tascón GJ, Lucumí CD. Creencias en salud: historia, constructos y aportes al modelo. *Rev Fac Nal Salud Pública*. 2001; 19(1): 91-101.
18. Rodríguez IH, Mendoza ZD, Vasquez Giler, M. El Modelo de Creencia de Salud (HBM): un análisis bibliométrico. *FACSALUD-UNEMI*. 2020; 4(7): 43-54.

19. Henshaw E, Freedman-Doan C. Conceptualizing mental health care utilization using the Health Belief Model. *Clin Psychol Sci Prac.* 2009; 16 (4): 420-439. doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01181.x
20. Orji R, Vassileva J, Mandryk R. Towards an effective health interventions design: An extension of the Health Belief Model. *J Public Health Inform.* 2012; 4(3): e9, 2012
21. Carico RR Jr, Sheppard J, Thomas CB. Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: Applying the health belief model. *Res Social Adm Pharm.* 2021; 17(1):1984-1987. doi: 10.1016/j.sapharm.2020.03.017.
22. Finfgeld DL, Wongvatunyu S, Conn VS, Grander VT, Russell CL. Health belief model and reversal theory: a comparative analysis. *J Adv Nurs.* 2003; 43(3):288-97. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02712. x.
23. Janz NK, Becker MH (1984) The health belief model: a decade later. *Health Educ Q* 11:1-47 <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
24. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
25. Centers for Disease Control and Prevention. Implementation of mitigation strategies for communities with local COVID-19 transmission. 2020.
26. Pérez AM, Gómez TJ, Dieguez GR. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev haban cien méd.* 2021; 19(): e3254.
27. Yuki K, Fujiogi M, Koutsogiannaki S. COVID-19 pathophysiology: A review. *Clin Immunol.* 2020; 215:108427. doi: 10.1016/j.clim.2020.108427.

28. Pollard CA, Morran MP, Nestor-Kalinowski AL. The COVID-19 pandemic: a global health crisis. *Physiol Genomics*. 2020 Nov 1;52(11):549-557. doi: 10.1152/physiolgenomics.00089.2020.
29. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA*. 2020; 324(8):782-793. doi: 10.1001/jama.2020.12839.
30. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*. 2020; 27(2): taaa020. doi: 10.1093/jump/taaa020.
31. Xu Y, Lin G, Spada C, Zhao H, Wang S, Chen X, et al. Public Knowledge, Attitudes, and Practices Behaviors Towards Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) During a National Epidemic-China. *Front Public Health*. 2021; 9:638430. doi: 10.3389/fpubh.2021.638430.
32. Sesagiri Raamkumar A, Tan SG, Wee HL. Use of health belief model-based deep learning classifiers for COVID-19 social media content to examine public perceptions of physical distancing: Model Development and Case Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2020; 6(3): e20493. doi: 10.2196/20493.
33. Sim SW, Moey KS, Tan NC. The use of facemasks to prevent respiratory infection: a literature review in the context of the Health Belief Model. *Singapore Med J*. 2014 Mar;55(3):160-7. doi: 10.11622/smedj.2014037.
34. Costa MF. Health belief model for coronavirus infection risk determinants. *Rev Saude Publica*. 2020; 54:47. doi: 10.11606/s1518-8787.2020054002494.
35. Ramírez Chinchilla K. Investigación de la UNED analiza conductas y percepciones de los costarricenses frente al COVID-19. *Acontecer Digital*. [Internet]. 2020 [citado 25/4/2020].

36. Martínez Calvo S. Comentarios acerca de la percepción de riesgo en la población cubana. Rev Cubana Salud Pública 2018; 44(2): 426-430.

## ANEXO

**PROYECTO: CREENCIAS Y PERCEPCIONES SOBRE LA PROBABILIDAD DE CONTRAER EL  
CORONAVIRUS EN TRABAJADORES DEL SECTOR DE LA CONSTRUCCIÓN**

**Sector de la empresa:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** F \_\_\_ M \_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Estrato Socioeconómico:** Estrato 1 \_\_\_ Estrato 2 \_\_\_ Estrato 3 \_\_\_ Estrato 4 \_\_\_ Estrato 5 \_\_\_  
Estrato 6 \_\_\_

**Estado Civil:** Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado/Separado \_\_\_ Unión Libre \_\_\_ Viudo \_\_\_

**Nivel Educativo:** Primaria \_\_\_ Secundaria \_\_\_ Técnica \_\_\_ Tecnológica \_\_\_ Profesional \_\_\_ Postgrado \_\_\_

**Empresa:** \_\_\_\_\_

**Cargo:** \_\_\_\_\_

**Jornada laboral:** Mañana \_\_\_ Tarde \_\_\_ Noche \_\_\_

**Horas laboradas por día:** \_\_\_\_\_

**Años de antigüedad en el trabajo:** Menos de un año \_\_\_ Entre 1 a 5 años \_\_\_ Más de 5  
años \_\_\_

**Diagnóstico de COVID 19:** SI \_\_\_ NO \_\_\_

